Le Numéro : 15 CENTIMES — 12 Octobre 1895. — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

L'HÉRÉDO-ATAXIE CÉRÉBELLEUSE, par P. Londe. 385
OBLITÉRATION DES VAISSEAUX FÉMORAUX ET DE LA VEINE SAPHÈNE INTERNE AU COURS DE LA TUBERCULOSE DES GANGLIONS DE L'AINE, par H. Hamant. 389
THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE. Traitement de la perlèche. — Traitement de l'impétigo, par J. Barozzi. 389
ANALYSES. 390
LA DISETTE D'EAU, par P. Langlois 392
SOCIÉTÉS SAVANTES. CXLVII
63e CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE. CXLVIII
3e CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOLOGIE DE BERNE. CXLIX
BIBLIOGRAPHIE. CXLIX

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 14 octobre 1895. — 1er : MM. Lutz, Blanchard, Weiss.

Mardi 15 octobre 1895. — 1er (1re série) : MM. Gariel, Blanchard, André. — 1er (2e série) : MM. Pouchet, Hanriot, Weiss.

Mercredi 16 octobre 1895. — 1er : MM. Gariel, Hanriot, Heim.

Jeudi 17 octobre 1895. — 1er : MM. Pouchet, Lutz, Heim.

Vendredi 18 octobre 1895. — 1er (1re série) : MM. Gariel, Lutz, Hanriot. — 1er (2e série) : MM. Pouchet, Blanchard, Weiss.

Samedi 19 octobre 1895. — 1er (1re série) : MM. Gariel, Lutz, Blanchard. — 1er (2e série) : MM Gautier, Hanriot, Heim.

HOPITAUX

Jury de l'Internat. — Ont accepté : MM. Sevestre, Rochard, Segond, Bonnaire.

N'ont pas encore donné de réponse définitive : MM. Lancereaux, Jaccoud, Lannelongue, Pozzi, Porak.

M. Lermoyez a été récusé comme étant parent d'un candidat.

NOUVELLES

Association française de chirurgie, *9e Congrès, du 21 au 26 octobre 1895, à Paris* (les séances se tiennent à la Faculté). — *Lundi 21 octobre, à 2 heures* : Séance solennelle d'ouverture dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Discours de M. E. Boeckel, président du Congrès. Compte rendu du secrétaire général. — *A 3 heures* : Questions diverses.

Mardi 22 octobre, à 8 heures du matin : Visite dans les hôpitaux. — *A 1 heure du soir* : Première question à l'ordre du jour : Chirurgie du poumon (la plèvre exceptée). Rapport de M. Reclus. Discussion. — Séance supplémentaire : Questions diverses. Articulations.

Mercredi 23 octobre, à 8 heures du matin : Visites dans les hôpitaux. — *A 2 heures du soir* : Questions diverses. Tube digestif et annexes.

Jeudi 24 octobre à 8 heures du matin : Visites dans les hôpitaux.

Après-midi, pas de séance. — *A 7 h. 1/2 du soir* : Banquet par souscription.

Vendredi 25 octobre, à 8 heures du matin : Assemblée générale. — Rapport du trésorier. Nomination du président et du vice-président du Congrès de 1896. — Nomination des secrétaires. — *A 9 heures* : Séance supplémentaire : Cou, voies urinaires.

A 2 heures du soir : Deuxième question à l'ordre du jour : Traitement des complications précoces et tardives dans les solutions de continuité des os (crâne et rachis exceptés). Rapport de M. Heydenreich, de Nancy. Discussion. Séance supplémentaire. Questions diverses. Chirurgie des membres.

Samedi 26 octobre, à 9 heures du matin : Visites dans les hôpitaux. — *A 9 heures* : Séance supplémentaire. Plèvre. Système nerveux et nerfs périphériques. Vaisseaux. — Tumeurs. Crâne, cavités de la face, organes des sens. — *A 2 heures* : Questions diverses. Organes génitaux de la femme. — *A 4 heures* : Présentations de malades, de pièces pathologiques et d'appareils. Ces présentations auront lieu dans la salle de correspondance.

Avis. — *Banquet.* Les membres du Congrès qui désirent prendre part au banquet qui aura lieu le jeudi 24 octobre, à 7 h. 1/2, Hôtel Continental, sont priés de s'inscrire au secrétariat du Congrès (salle de correspondance), à la Faculté de médecine, avant le mardi soir. Tout ce qui concerne les cotisations doit être adressé à M. Auguste Broca, trésorier, 5, rue de l'Université.

Tout ce qui concerne la partie scientifique et la publication doit être adressé à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 8, rue de l'Isly.

Carte. — Prière à MM. les Membres du Congrès de retirer leur carte à la salle de correspondance. Elle servira à visiter divers établissements.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

30 septembre 1895.

Glycosurie consécutive à l'ablation du pancréas. — **M. R. Lépine.** Chez le chien privé de pancréas, les variations de la glycosurie ont bien été décrites d'une manière générale par MM. Minkowski, Hédon, etc., mais elles n'ont pas été étudiées, comme je vais le faire, spécialement dans les trente premières heures à partir de l'opération. Mes résultats sont basés sur l'analyse de plus de quatre-vingts expériences, faites sur des chiens tous à jeun depuis au moins vingt heures au moment de l'ablation du pancréas et maintenus, pendant les trente heures consécutives, à l'inanition absolue. La glycosurie est apparue vers la quatrième heure chez 5 chiens; à quatre heures et demie précises, chez 1; vers la cinquième heure, chez 10; entre la sixième et la huitième heure chez 7; à huit heures et demie précises, chez 1; vers la neuvième heure, chez 2; après dix heures, chez 6.

Chez la moitié donc, la glycosurie a débuté dans les cinq premières heures, résultat assez inattendu, et, chez les trois quarts, avant la neuvième heure. D'autre part dans près d'un cinquième des cas, elle s'est fait attendre plus de dix heures, bien que l'ablation du pancréas ait été totale. Elle peut, parfois, ne survenir que beaucoup plus tard et même, exceptionnellement, faire défaut dans les trente premières heures. Le retard ou l'absence de la glycosurie se rencontre, indépendamment des cas où l'ablation a été incomplète, chez les chiens inanitiés, ou au moins mal nourris, vieux, ou bien ayant eu, après l'opération, une hémorrhagie interne ou une péritonite précoce.

Dans la grande majorité des cas, la glycosurie acquiert rapidement une grande intensité. Pour ne parler ici que du pourcentage, étudié dans 84 cas, il est fréquent de voir en deux heures, le chiffre du glucose passer de 0 à 30 grammes et davantage.

Le moment précis où arrive le maximum du pourcentage a pu être élucidé dans 52 cas : il est survenu dans les seize premières heures, 23 fois; après seize heures, 29 fois.

Pendant la période d'augmentation et de décroissance de la glycosurie, la courbe du pourcentage n'est pas toujours régulière; elle présente souvent des ondulations bien accentuées.

Relativement au degré d'intensité de la glycosurie, sur 84 chiens, 7 seulement ont atteint, ou dépassé, 100 grammes de sucre par litre. Le maximum du pourcentage est généralement compris entre 60 et 80 grammes. Dans près d'un quart des cas, il n'atteint pas 60 grammes. Ces derniers cas ressortissent surtout à ceux où la glycosurie a été lente à s'établir.

Le rapport du sucre à l'azote de l'urine a été établi sur 84 chiens. En représentant par 1 la quantité d'azote par litre, on trouve au moment du maximum de la glycosurie que le chiffre du sucre par litre, chez les chiens antérieurement bien nourris, est compris entre 3,7 et 3,1; moyenne 3,8. Chez les chiens antérieurement mal nourris, il est compris entre 4,3 et 1,5, avec 3,2 pour moyenne.

7 octobre 1895.

Hyperglycémie et glycosurie comparées, consécutives à l'ablation du pancréas. — **M. R. Lépine.** J'ai fait connaître comment se comporte la glycosurie chez le chien à l'état d'inanition absolue, pendant les trente heures consécutives à l'ablation du pancréas. Je vais étudier maintenant l'hyperglycémie qui se produit dans les mêmes conditions et dans le même temps, en me basant sur plus de cent dosages du sucre du sang. Ces dosages ont été faits chez la moitié environ des 84 chiens qui m'ont servi à établir les faits énoncés précédemment. Chez 28 de ces animaux, il y a eu 2, 3 et parfois même 4 petites saignées, à intervalles de cinq ou six heures; le sucre a été dosé avec beaucoup de soin par des chimistes très compétents, MM. Barral, Metroz et Martz.

Très peu de temps après l'ablation du pancréas, l'augmentation du sucre dans le sang est déjà sensible : dans le plus grand nombre des cas, vers la cinquième heure, il y en a environ 2 grammes pour 100, parfois même un peu plus; puis, l'hyperglycémie progresse : vers la quinzième heure, il y a, généralement, de 2 gr. 40 à 3 gr. 20 de sucre pour 1000, rarement davantage. A la

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

VICHY-CÉLESTINS
Dyspepsies : Vin de Chassaing.
Aliment des enfants : Phosphatine Falières.
Constipation : Poudre laxative de Vichy.
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

Herpétisme : GRANULES DE FOWLER.
Atonie de l'estomac : GRANULES DE BAUMÉ.
MÉTRITES : PÉRICOLS
PURGATION POUR RÉGIME
CARABAÑA
Guérit Congestion, Constipation.
CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN *granulé.*

vingt-cinquième heure, chez 6 chiens, j'ai trouvé entre 5 et 4 grammes pour 1000, chez 11 chiens, entre 3 gr. 90 et 3 grammes, chez 5 chiens entre 2 gr. 90 et 2 gr. 60. Exceptionnellement, à ce moment, on peut trouver moins de 2 gr. 50 de sucre. Chez 9 des 16 chiens précédents ayant, à la vingt-cinquième heure, moins de 4 grammes de sucre, on a fait une nouvelle saignée à la trentième heure. Chez tous, sauf un, il y avait une augmentation plus ou moins notable du sucre dans le sang. Ainsi, sauf exception, le maximum de l'hyperglycémie n'est pas atteint à la vingt-cinquième heure. Je puis même ajouter que, dans un certain nombre de cas, l'accroissement est plus grand de la vingt-cinquième à la trentième heure que de la vingtième à la vingt-cinquième. L'hyperglycémie n'atteint donc souvent son maximum que bien après la trentième heure.

En général, il y a 2 grammes de sucre à la cinquième heure, et à ce moment la glycosurie s'est déjà montrée chez la moitié des chiens. Ce n'est pas nécessairement chez ces derniers que l'hyperglycémie est le plus prononcée : il n'y a pas corrélation absolue entre l'apparition de la glycosurie et un certain chiffre du sucre dans le sang.

Vers la quinzième heure il y a dans le sang de 2 gr. 40 à 3 gr. 20 de sucre pour 1000 ; à ce moment, la proportion de sucre dans l'urine est, généralement, au moins vingt fois supérieure ; mais il y a des exceptions. Plus tard, vers la vingt-cinquième heure, le rapport est encore beaucoup plus variable : cela tient à ce que parfois le sucre de l'urine n'a pas encore notablement baissé, tandis que, dans d'autres cas, il est déjà tombé à un chiffre très faible. Il est à noter que ces cas se rencontrent surtout chez les chiens ayant à ce moment une hyperglycémie forte.

A la trentième heure, alors que le rapport a baissé par suite de l'augmentation de l'hyperglycémie et de la décroissance de la glycosurie, la même différence se retrouve entre les chiens à hyperglycémie forte et ceux à hyperglycémie faible. Pour les premiers, le rapport est 9 ; pour les seconds, il est 20. Loin qu'il y ait toujours corrélation, il peut donc se produire un balancement remarquable entre le sucre du sang et celui de l'urine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

8 octobre 1895

Par suite de la mort de M. Larrey, la séance a été levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

9 octobre 1895

Par suite de la mort de M. Larrey, la séance a été levée en signe de deuil.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

SOIXANTE-TROISIÈME CONGRÈS ANNUEL

Tenu à Londres en juillet-août 1895.

(*Suite*[1]).

A rapprocher des tentatives de sérothérapie sont les expériences du professeur **Fraser** sur la **production de l'immunité envers les morsures de serpents**. On peut produire l'antivenin aussi bien par l'administration à l'intérieur que par l'injection sous-cutanée : cette deuxième méthode est cependant la meilleure. Le sang des serpents venimeux est fortement antitoxique et protège non seulement contre leur propre venin, mais aussi contre celui d'autres espèces. L'action de l'antivenin semble plutôt être due à une réaction chimique qu'à une action physiologique. En ce qui concerne l'action de l'antivenin plusieurs doses successives semblent être plus efficaces qu'une seule dose massive. Il faut l'injecter au siège même de la morsure et n'enlever la ligature du membre qu'après l'injection : 20 centimètres cubes suffisent en général pour une dose.

Le professeur **Stokvis**, d'Amsterdam, dit que dans les Indes orientales les chasseurs de serpents, avant de partir en chasse se frottent avec la peau d'un serpent récemment tué : ils se considèrent ensuite comme réfractaires au venin. Il y aurait peut-être possibilité d'administrer l'antivenin par application épidermique et de produire ainsi l'immunité.

Parmi les communications chirurgicales, nous noterons celle de M. **Trentham Butlin** sur le **traitement chirurgical des kystes, des tumeurs et du cancer de la glande thyroïdienne et des glandes thyroïdiennes accessoires**. Il commence par déclarer que dans tous les cas observés par lui, les glandes qui semblaient accessoires se trouvaient en rapport avec le corps thyroïde en réalité. Dans tous les cas de tumeur maligne observés par lui, l'opération s'est trouvée impossible, car de bonne heure les parties voisines étaient envahies par le néoplasme, que ce fût un carcinome ou un sarcome. Les tumeurs malignes du corps thyroïde peuvent survenir à tous les âges : il en a observé à l'âge de quinze ans ; il est rare que ces tumeurs soient diagnostiquées assez tôt pour que l'opération puisse être faite avec succès. En ce qui concerne les kystes et les adénomes, on sait qu'ils sont encapsulés et qu'on peut les séparer facilement du reste de la glande : l'opération consiste simplement à les énucléer. Les kystes hémorrhagiques contiennent des végétations molles et vasculaires. La méthode de traitement des kystes thyroïdiens par des injections irritantes réussit bien dans les cas récents : mais il est dangereux de faire l'injection dans le parenchyme glandulaire. De la discussion qui suit cette communication, il résulte que la majorité des chirurgiens qui y prennent part considèrent les tumeurs malignes comme inopérables, sauf peut-être lorsqu'on intervient d'une façon précoce : dans ce cas, on a la chance de trouver la tumeur encore encapsulée (C. B. Keetley).

Le **diagnostic précoce des affections cancéreuses et le traitement de celles-ci par l'excision partielle ou totale** fait le sujet d'une communication de J. Knowsley Thornton : il insiste sur la nécessité de faire un diagnostic précoce et discute la possibilité d'enlever de petits morceaux du col pour en faire l'examen microscopique. Au point de vue du traitement, il préconise l'amputation sus-vaginale du col pour l'adénome et l'épithéliome de la partie vaginale de l'utérus et pense qu'il est inutile d'enlever l'utérus en entier dans la plupart des cas : le professeur **Martin** (de Berlin) pense que l'examen microscopique seul permet de faire un diagnostic certain. Il est partisan de l'hystérectomie totale, à condition que le néoplasme n'aie pas envahi les ligaments larges. M. **Pozzi** (de Paris) estime aussi que, lorsque le diagnostic de cancer est porté, il faut enlever tout l'organe. L'amputation sus-vaginale est à son avis, une opération difficile, longue et souvent suivie d'hémorrhagies. De plus si on la pratique avant la menopause, elle peut-être suivie d'atrésie du col et de distension des trompes. Il faut enlever l'utérus lorsque le néoplasme est limité à l'utérus et à la partie supérieure du vagin : il faut s'abstenir si les ligaments larges sont envahis. L'opération est facile et utile si l'utérus est mobile et peut être facilement abaissé. Dans le cas où l'hystérectomie ne peut être faite, il fait un curettage et cautérise avec le vieux cautère et non avec le Paquelin, qui agit trop superficiellement. D'après M. Pozzi, la récidive a toujours lieu, au maximum de trois à cinq ans après l'opération : mais pendant ce temps la malade a été soulagée d'une façon très notable.

Le Dr **Shuttleworth** a parlé sur le **traitement chirurgical de l'idiotie** : il est opposé à l'opération dans le cas de microcéphalie. Il regarde l'ossification prématurée des sutures, non comme la cause du manque de développement du cerveau, mais comme un trouble d'évolution associé à celui de l'encéphalie. L'opération pourrait être indiquée dans certains cas d'épilepsie partielle ou d'hydrocéphalie, peut-être même dans certaines affections cérébrales syphilitiques d'origine congénitale. M. **Telford Smith** rapportant un cas opéré par le professeur Horsley et où cinq opérations furent faites sur le crâne, déclare que le jeune malade est actuellement plus calme et plus obéissant, mais n'est pas moins idiot, et que l'amélioration relative constatée aurait aussi bien été obtenue par l'application pure et simple du traitement éducateur employé après l'opération.

Le professeur **Panas** lit un travail sur les **tumeurs pseudo-malignes** de l'orbite. Il a observé un certain nombre de cas d'exophtalmie avec tumeurs supposées de mauvaise nature, mais les tumeurs disparaissaient par un traitement médical ou à la suite d'une attaque d'érysipèle : ces tumeurs étaient syphilitiques ou bien il s'agissait de néoplasmes pris pour des lymphomes, des sarcomes ou des syphilomes, mais qui en réalité devaient être attribués à la dyscrasie causée par certaines toxines. L'auteur rapporte l'observation d'un homme âgé de trente-cinq ans, qui présentait une exophtalmie double donnant tout à fait l'impression d'un sarcome, et qui guérit par l'emploi de l'arséniate de soude ; ce malade n'était pas syphilitique et son état avait été aggravé par l'usage de l'iodure de potassium. Cet état, dans l'opinion du professeur **Panas**, était dû à une infection microbienne du tissu cellulaire, infection due à un ozène dont le malade était atteint ; le gonflement était plus marqué du côté interne de chaque orbite. Dans un autre cas, chez une jeune femme, exempte de syphilis, l'exophtalmie de l'œil gauche était associée à des polypes de la narine gauche que l'on supposait de nature sarcomateuse. Il y a encore bien d'autres cas dont la moitié à peu près est bilatérale, et qui tous ont été guéris par l'arsenic et d'autres médicaments, quoiqu'on les ait regardés comme de nature maligne. Les expériences de Delbet, faites sur les chiens, ont montré que le lymphadénome leur était inoculable, un bacille spécifique étant isolé, inoculé et retrouvé ensuite dans les ganglions hypertrophiés des animaux. Dans d'autres cas, la tumeur pseudo-maligne de l'orbite avait comme point de départ la glande lacrymale et avait, comme cause, une maladie spécifique fébrile ou une affection vénérienne. Comme conclusion, le professeur Panas recommande dans tous les cas de rechercher avec soin s'il n'existe pas quelque source d'infection et d'essayer le traitement médical avant d'intervenir chirurgicalement.

Le **diagnostic des tumeurs de l'orbite**, dit **Swanzy**, comporte trois points principaux : 1° Y a-t-il une tumeur de l'orbite? 2° Cette tumeur est-elle limitée à l'orbite? 3° De quelle nature est le néoplasme? Le diagnostic est surtout difficile dans les cas récents : le développement est graduel et en général unilatéral. La palpation de la tumeur permet parfois de s'assurer de la présence de la tumeur, de sa situation et de son point d'insertion. Les troubles de la vision, autre symptôme important, se constatent surtout dans les tumeurs à développement rapide, dans celles qui intéressent directement le nerf optique, ou dans les derniers degrés des autres formes. La douleur ou la paralysie des muscles est moins fréquente. Souvent la tumeur orbitaire n'est qu'un prolongement d'une tumeur d'un sinus osseux voisin, lacrymal ou frontal. Les variétés les plus communes sont les ostéomes ou les mucocèles et le globe oculaire est en général déplacé en bas et en dehors. Il faut examiner soigneusement le nez et le pharynx, ainsi que le champ visuel : il faut aussi rechercher les symptômes cérébraux. L'immobilité de l'œil et la douleur précoce sont des signes de malignité. Des battements et des frémissements constatés dans la tumeur indiquent un développement vasculaire : les tumeurs congénitales sont surtout des encéphalocèles et des kystes dermoïdes, ces derniers devenant saillants, surtout après la puberté. La consistance et la situation de la tumeur aident au diagnostic, mais en général celui-ci ne devient certain qu'après l'opération.

M. Murphy a démontré sur un cadavre la façon dont il faut se servir du **bouton entéro-anastomotique**, si utile pour la chirurgie de l'intestin, auquel il a donné son nom. Pour lui, sept points sont à considérer pour arriver à la réunion des deux parties de l'intestin : ce sont : 1° la coaptation des surfaces, que l'union, ait lieu entre des tissus semblables, la tunique musculaire d'un bout étant en contact avec celle de l'autre bout, et de même pour les muqueuses ; 2° les adhérences doivent se former immédiatement ; 3° on doit garder à l'intestin un calibre suffisant à l'endroit de la réunion ; 4° des adhérences organisées doivent se former ; 5° la ligne de réunion ne doit pas se resserrer beaucoup ; 6° l'opération doit être aseptique ; 7° il faut opérer le plus vite possible. Il fait ensuite remarquer que deux groupes d'artères irriguent l'intestin, d'abord les branches des artères mésentériques, ensuite les « *artères parallèles* » qui suivent le bord mésentérique de l'intestin. De ces deux groupes le plus important pour la vie de l'intestin est celui des artères parallèles, car les branches mésentériques d'une longueur d'intestin égale à sept pouces peuvent être liées, sans qu'il en résulte de la gangrène, tandis que si on prive plus d'un demi-pouce d'intestin de son artère parallèle, il se gangrène. Il faut donc sectionner l'intestin de façon à enlever moins du bord mésentérique que du bord libre. Lorsqu'on fait la suture circulaire de l'intestin, il est important de faire une suture supplémentaire du bord mésentérique pour fermer l'artère parallèle. Le bouton entéro-anastomotique peut servir pour la résection du rectum.

La **chirurgie de la colonne vertébrale** fait l'objet d'une communication de M. **Victor Horsley**. Il a pratiqué sept fois la laminectomie pour fracture ou carie des vertèbres cervicales. Tous les malades ont guéri. Ces observations sont très intéressantes. Cas 1, carie de l'atlas et de l'axis, paralysie complète des quatre membres, gêne de la respiration. Les arcs postérieurs des deux vertèbres sont enlevés. Les mouvements commencent à revenir le sixième jour : le malade est guéri avec un peu d'atrophie des interosseux. Cas 2, carie des cinquième et sixième cervicales, faiblesse des muscles interscostaux et de ceux des jambes. Pas de troubles sensitifs. Laminectomie, guérison. Cas 3, carie des vertèbres cervicales inférieures, paralysie complète des jambes et du bras droit, parésie très prononcée du bras gauche. Le centre vésico-rectal est atteint. Laminectomie de la troisième à la septième cervicale. Il n'y eut que peu d'amélioration de la paralysie et le malade mourut quatre mois plus tard. Cas 4, fracture de la colonne cervicale avec paralysie des quatre membres, datant de huit mois. De l'analgésie indiquant un trouble de la substance grise de la moelle. Laminectomie des cinquième et sixième cervicales, dissection du tissu fibreux de la dure-mère. Guérison avec de l'atrophie des interosseux. Cas 5, à la suite d'une chute sur la tête et l'épaule droite, au bout de huit jours, paralysie progressive bientôt totale. Le disque optique gauche est gonflé. Laminectomie des quatrième, cinquième et sixième cervicales fracturées qui comprriment la moelle. Le douzième jour, retour des mouvements qui redeviennent parfaits. Cas 5, fracture de la sixième servicale, paralysie graduelle, contractures et anesthésie ; résection des arcs des sixième et septième cervicales. Guérison lente et progressive. Cas 7, choc sur la tête, paralysie rapide avec anesthésie. Laminectomie des sixième et septième cervicales. En voie de guérison. M. Horsley explique le fait que parfois la guérison de la paralysie est éphémère et suivie d'une rechute, par la production d'un œdème de la moelle.

Dans la section d'**otologie**, la **surdité nerveuse** fait le sujet d'un travail de M. **Dundas Grant**. Les diverses formes de surdité nerveuse peuvent être classées de la façon suivante : I. *Maladies du labyrinthe* : 1° du labyrinthe seul, causées par *a*) des troubles circulatoires ; *b*) des infections syphilis, oreillons, etc. ; *c*) le rhumatisme ; *d*) le traumatisme ; *e*) la profession, par exemple, l'action du son ; *f*) une maladie toxique du labyrinthe ; *g*) des modifications séniles ; *h*) un néoplasme. 2° Mala-

1. Voir *Presse Médicale*, 21 septembre 1895, n° 46, p. CXL.

dies du labyrinthe secondaires à une inflammation de l'oreille moyenne : *a*) catarrhale chronique, y compris le vertige de Menière; *b*) suppurative; *c*) inflammation de l'oreille moyenne à la suite de certaines maladies infectieuses, diphtérie, scarlatine, etc. II. *Maladies du nerf auditif et des centres cérébraux de l'audition* : 1° Neurolabyrinthite consécutive à une méningite suppurée; 2° syphilis cérébrale; 3° néoplasmes intracraniens ou du nerf auditif; 4° lésions des centres cérébraux auditifs; 5° tabès, 6° hystérie; 7° réflexes; 8° diplacousie; 9° audition colorée. L'auteur discute les divers traitements qui conviennent à chacune de ces formes.

Parmi les autres communications, signalons celle de **Macewen** sur **les complications cérébrales des affections de l'oreille moyenne**. Son travail comporte trois parties, la première sur l'abcès intracranien, la deuxième sur le tubercule de l'oreille moyenne, la troisième sur les microbes et la prophylaxie : 1° En ce qui concerne la localisation de l'abcès, c'est une erreur de croire que l'inflammation se propage par l'os dans l'abcès cérébral et ne suit pas l'os dans l'abcès cérébelleux : c'est aussi une erreur de dire que le microbe atteint le cerveau par l'intermédiaire de l'oreille moyenne. L'abcès cérébelleux vient de l'inflammation du sinus sigmoïde et non de l'affection de l'oreille interne. Si le septième et le huitième nerfs craniens étaient intacts, le nerf auditif transmettrait les vibrations en dépit de l'abcès; 2° le tubercule de l'oreille moyenne n'a pas reçu l'attention qu'il mérite. Il s'étend lentement, cause peu de douleur ou d'écoulement et souvent ne détermine de perforation qu'à un stade très avancé. Les produits tuberculeux sont un excellent milieu de culture pour les bactéries pyogènes qui cheminent dans les os cariés. Les bacilles tuberculeux peuvent pénétrer dans le sinus et se répandre dans le sang. Il faut, dans cette affection, ouvrir largement l'apophyse mastoïde et curetter toute la partie malade; 3° en ce qui concerne la prophylaxie, le Dr Macewen recommande la plus stricte antisepsie pour éviter de transporter le germe d'un malade à l'autre. En résumé on peut éviter l'extension de l'infection de l'oreille moyenne et, si celle-ci a lieu, il faut la détruire. Une discussion s'ensuit, à laquelle prennent part M. **Luc** (de Paris) qui communique une observation de suppuration de l'oreille (choléastome) avec abcès consécutif du cervelet, malgré la trépanation de l'apophyse mastoïde, MM. **Ballance**, **Milligan**, etc.

3° CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOLOGIE DE BERNE

(*Suite et fin* [1].)

Persistance de l'excitabilité dans le bout périphérique des nerfs sectionnés. — M. **E. Arloing** (Lyon) a étudié la question de la persistance de l'excitabilité dans le bout périphérique des nerfs après la section. Il fait remarquer qu'il y a sous ce rapport des différences spécifiques très grandes. Chez les grandes espèces la persistance est beaucoup plus grande que chez les petites espèces. Chez le cheval le bout périphérique du spinal et du facial est excitable dix jours après la section. A ce moment la myéline a déjà subi des modifications profondes et l'excitabilité nerveuse est pourtant normale. Dans un même type animal, des différences individuelles notables peuvent être trouvées. Le facial du chien conserve habituellement son excitabilité pendant quatre jours : Arloing l'a vu persister, chez certains sujets, pendant cinq jours. Chez le cheval, cette excitabilité persiste habituellement treize jours, mais Arloing l'a constatée dans un cas trente et un jours après l'opération. Chez un même sujet, les différents nerfs ont des propriétés différentes. L'excitabilité ne disparaît pas en même temps dans tous les nerfs; en général, elle disparaît moins vite dans les nerfs craniens que dans les nerfs rachidiens.

Arloing applique ces données à l'étude de la composition du tronc du pneumogastrique. Sebiff a depuis longtemps décrit dans le pneumogastrique des fibres accélatrices du cœur. En étudiant le pneumogastrique quelque temps après sa section, Arloing a trouvé que sept à huit jours après l'opération l'excitation du nerf donne une accélération des mouvements du cœur. Les fibres accélératrices ont commencé leur excitabilité quand les autres sont déjà complètement dégénérées.

Action du sympathique sur la pupille. — M. **Fr. Schenck** (Wurzbourg). Il s'agit d'expliquer le fait observé par Doyiel que l'excitation du sympathique cervical, chez le chien, le lapin et le chat produit la dilatation pupillaire du côté excité et la contraction de la pupille du côté opposé. Schenck ne considère pas cette réaction comme étant un réflexe consensuel. Dans les recherches de Doyiel, l'œil du côté irrité était mis à la lumière; lors de la dilation de la pupille, une quantité plus grande de lumière devait donc pénétrer dans l'œil et déterminer ainsi le rétrécissement pupillaire de l'autre côté. Et si l'on empêche la lumière de pénétrer dans l'œil du côté excité, on voit que chez le chien et chez le chat la réaction du deuxième œil n'a pas lieu.

Cette explication ne peut pas s'appliquer au lapin, car le réflexe pupillaire consensuel manque chez lui; pourtant Schenck ne peut se rallier à l'avis de Doyiel pour ce qui concerne le lapin. Doyiel a montré que l'irritation faible du bout central du vague produit un rétrécissement de la pupille du côté excité et une dilatation du côté opposé; il en a conclu à l'existence d'un rapport entre le nerf vague et le centre constricteur de la pupille du même côté et le centre dilatateur du côté opposé. Scheuk n'admet pas ces conclusions parce que, dans ces recherches de Doyiel, le sympathique cervical du côté excité avait été préalablement coupé.

Excitation du récurrent. — M. **F. Luscher** (Berne) a observé que l'excitation du nerf récurrent provoque la déglutition. Le fait n'est pas extraordinaire, car on sait que l'œsophage est innervé par le nerf récurrent. L'auteur est parvenu à montrer que le récurrent envoie trois faisceaux à l'œsophage. Par l'excitation de chacun de ces tractus nerveux, on obtient la contraction d'une partie de l'œsophage. Ce qui est plus intéressant, c'est que par l'excitation du nerf laryngé inférieur, Luscher obtint, non seulement une contraction de l'œsophage, mais aussi un véritable acte de déglutition. L'auteur coupe le nerf récurrent périphériquement, il le dégage complètement de l'œsophage et excite alors le bout central, il obtient encore dans ces conditions un acte de déglutition parfait.

Structure de la fibre musculaire striée. — M. **W. Rutkerford** (Édimbourg) étudie la structure de la fibre musculaire striée pendant les différentes phases de l'extension et de la contraction. Les fibres striées du crabe sont fixées au moyen du formol, on fait agir ultérieurement l'alcool et l'éosine.

La fibrille est composée d'un disque large et foncé (élém. de Boewmann) que limitent de chaque côté des zones étroites et claires elles-mêmes, contiguës aux disques de Flögel; car il est démontré que, dans la ligne de Dobie, il existe réellement une membrane de Krause, présentant de chaque côté un disque bien colorable, auquel on peut donner le nom de disque de Flögel.

Lors de la contraction, les zones claires disparaissent d'abord, les disques de Flögel viennent aussi au contact des disques de Bowmann. Puis deux disques de Bowmann voisins se rapprochent et se fusionnent avec la ligne de Dobie. En dernier lieu se produit le phénomène du renversement des raies, dû à la contraction des éléments de Bowmann.

Adaptation de l'œil à la lumière. — M. **J. Kries** (Fribourg) examine pourquoi l'œil adapté au sombre voit autrement que l'œil adapté au clair. Il ne voit que les différences d'intensité de la lumière, sans percevoir les couleurs, excepté le rouge. Heinig pense que les éléments percevant la lumière sont différents de ceux qui voient les couleurs, et qu'ils sont seuls actifs dans l'œil adapté au sombre. Kries comprend le phénomène de la manière suivante : Dans l'œil adapté au noir, les parties périphériques de la rétine fonctionnent cent à deux cents fois plus activement que les éléments centraux. L'autre a observé aussi que pour un dichromate, une équation de couleur perd de son exactitude. D'après lui, les bâtonnets ont seuls la propriété de s'adapter à l'obscur, or la perception des couleurs est une fonction des cônes.

Acuité visuelle. — M. **S. Epstein** (Berne). Il est possible de démontrer expérimentalement que l'acuité visuelle peut être augmentée par la perception auditive. Epstein décrit la méthode qu'il emploie, l'appareil qu'il a imaginé et les résultats qu'il a obtenus.

Le fait démontré n'est pas dû à une action cérébrale. Il dépend des tubercules quadrijumeaux, centre où les fibres optiques ont des rapports étroits avec les fibres des nerfs de l'œil et les fibres trochléaires. Comme on a démontré que les fibres optiques peuvent avoir une conduction centrifuge, Epstein attribue le phénomène étudié à une sensibilisation réflexe de la rétine. L'expérience confirme cette hypothèse, car l'auteur a réussi à obtenir des mouvements des yeux et une augmentation des réflexes cornéens par l'excitation du nerf cochléaire.

Glycogénie. — M. M. **Cremer** (Munich). Il résulte des travaux faits sur la glycogénie, chez les animaux et chez les levures, que les sucres simples présentent une corrélation entre le pouvoir de former du glycogène et celui de fermenter. Il était intéressant d'étudier, à ce point de vue, la formation de l'amidon chez les plantes. L'auteur a fait ses expériences en collaboration avec Bokorny, il a étudié, d'après la méthode de E. Laurent, les jets de pommes de terre dépourvus d'amidon. Il résulte de ces expériences que la dextrose, la lévulose et la dextrogalactose sont des producteurs énergiques d'amidon. Les sucres non fermentescibles : l'arabinose, la rhanniose, la sorbose et la α-gluco-heptose ont donné des résultats négatifs.

Coagulation du sang. — M. **Arthur** (Paris). Le sang auquel on a ajouté une solution d'oxalate d'alcali à 1/1000 ne coagule plus spontanément. Ces oxalates ont décalcifié le sang. Si on ajoute à ce sang un sel soluble de calcium, il acquiert à nouveau la propriété de coaguler. On peut conclure de ces expériences que les sels de chaux sont nécessaires à la coagulation.

Cette interprétation n'est pourtant pas à l'abri de toute objection. En effet, pour décalcifier le sang, il faut employer un excès d'oxalate, le sang est donc oxalaté. Si on y ajoute alors du calcium, on le calcifie, il est vrai, mais aussi on le désoxalate. On peut donc également proposer l'interprétation du rôle suivant des oxalates; les oxalates ont la propriété d'empêcher la coagulation du sang.

Les faits suivants font adopter la première manière de voir.

1° Tous les sels, précipitant les sels de Ca, possèdent à la dose où ils sont décalcifiants, la propriété de rendre le sang non spontanément coagulable; tels sont les oxalates, les fluorures, les savons d'alcali;

2° Quand on ajoute au sang coagulé 2 pour 1000 de $MgCl^2$, on ne rend pas au sang oxalaté sa coagubilité. Si on additionne cette liqueur d'une petite quantité de $CaSo^4$ ou de $CaCl^2$, incapables de précipiter l'oxalate dissous, on détermine la coagulation en présence d'un excès d'oxalate en solution;

3° On peut répéter en les modifiant, les récentes expériences de A. Smidt. Si l'on dialyse en présence de NaCl à 7/1000 du sang oxalaté à 1/1000, on débarrasse cette liqueur de l'excès d'oxalate, et on obtient un plasma décalcifié et désoxalaté. Ce plasma ne coagule pas spontanément, mais coagule par l'addition d'une très petite quantité de sel de calcium.

Ces trois groupes d'expériences prouvent que les sels de calcium sont indispensables à la coagulation du sang et que le sang oxalaté ne coagule pas lorsqu'il est décalcifié.

Spectre de l'hémoglobine. — M. **Gamyec** (Lausanne) donne le résultat de ses études sur la partie violette et extra-violette du spectre de l'hémoglobine. Il montre des photogrammes des bandes d'absorption comprises entre les bandes G et H.

Dans le spectre de l'hémoglobine réduite, de la CO-hémoglobine et de la NO-hémoglobine, l'auteur trouve une bande située dans la partie la plus réfringente du spectre. Cette bande remarquable est due à la partie du spectre qui dépend de l'hématéine, elle est indépendante de l'élément fer. La tuverni, substance extraite des plumes de certains oiseaux, et contenant 6 à 9 pour 100 de cuivre donne la même bande d'absorption.

Substances anticoagulantes. — M. **E. Gley** (de Paris). La peptone peut rendre le sang incoagulable. Quand on lie les canaux lymphatiques du foie, les peptones n'ont plus cet effet, le sang coagule. Les recherches de l'auteur montrent que les substances anticoagulantes, qui se forment dans l'organisme sous l'action des peptones, prennent naissance dans le foie.

Action des bains froids. — M. **Jacquet** (Bâle). Le nombre des globules rouges est habituellement très diminué dans la fièvre. Après un bain froid à 22 degrés R, on constate ordinairement un accroissement du chiffre des hématies, allant de 100, 200 à 900 h. par millimètre cube. Chez les non-fébricitants le bain froid a un effet analogue, mais moins intense. L'antiphynetchine n'a aucune influence sur le sang. Si on étudie les animaux placés dans une chambre chauffée à 40 degrés ou plus, on voit que les hématies ont diminué dans le sang de la veine de l'oreille, tandis qu'ils ont augmenté en quantité dans le sang du foie. Il résulte de ceci que le bain froid a une action tonique sur la circulation, qu'il empêche les stases sanguines dans les organes profonds et il est favorable à la nutrition intime des tissus. Son action antipyrétique n'est que secondaire.

Appareils divers. — M. **J. Uexhüll** (Heidelberg) décrit un nouvel appareil pour l'excitation mécanique du nerf à l'aide de la secousse.

M **L. Asler** (Berne) montre un appareil de contention pour animaux de petite taille et un dispositif spécial pour combiner le kéotome avec le myographe. Il présente des courbes qu'il a obtenues et qui sont intéressantes au point de vue de différentes propriétés des nerfs.

M. **F. Laulanié** (de Toulouse) montre le dernier des appareils dont il se sert pour la mesure des échanges respiratoires; il fournit les résultats qu'il a obtenus et les discute en détail.

M. **Rosenthal** montre et décrit un nouvel appareil pour la détermination de Co^2.

Prochaine session. — La prochaine session se tiendra à Cambridge en 1898. Dr Jean Demoor.

BIBLIOGRAPHIE

Prof. Tillaux. — *Leçons de clinique chirurgicale rédigées et publiées* par le Dr Paul Thiéry. (Asselin et Houzeau, éditeurs. Paris, 1895).

Il suffit d'avoir été jeune bénévole chez le professeur Tillaux pour garder de sa méthode et de sa clarté à l'endroit du diagnostic le meilleur souvenir. Aussi ses élèves lisent, et toujours avec plaisir, les cliniques qu'il fait paraître. Ce nouveau volume aura le succès des précédents, parce que les faits qu'il contient sont variés, parfois rares, toujours intéressants. Les praticiens y trouveront de bons conseils pratiques et ceux qui ont eu le plaisir de suivre le service du professeur Tillaux en 1893 et 1894 seront heureux d'y retrouver la plupart des cas qu'ils ont pu y examiner : c'est un plaisir qu'on n'avait pas autrefois.

Il est à regretter de ne pas trouver au cours des descriptions des figures et des schémas dont tout livre ne sait plus se passer aujourd'hui. Avec ce petit complément on revivrait tout à fait les matinées passées à la clinique. F. J.

1. Voir *Presse Médicale*, 21 septembre 1895, n° 46, p. CXXXVIII et 28 septembre 1895, n° 47, p. CXLIII.

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC..., COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCPO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'extrait de vin et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.

LA MIEUX TOLERÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE

CICATRISANT LES PLAIES

Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française

PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS

Très efficace contre les **Anthrax**, **Cancers**, **Gangrènes**, **Angines couenneuses**, **Pityriasis**, **Leucorrhée**, **Suites d'accouchements**, etc.

SE DÉFIER DES IMITATIONS

PHTISIE Traitement préventif et curatif par **Iode** à dose intensive et **Phosphate**

INNOCUITÉ COMPLÈTE

au moyen des **VINS** et **PILULES IODO-PHOSPHATÉS** du Dr FO

Expérimentés depuis 1891, à l'Hôpital de Villepinte. — Brochre fran

JOLLY, 64, Faubourg Poissonnière, PARIS

Reconstituant général, Dépression du Système nerveux, Neurasthénie.

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER

NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE NEUROSINE-CACHETS

Débilité générale, Anémie, Phosphaturie, Migraines.

DÉPOT GÉNÉRAL : CHASSAING et Cie, Paris, 6, avenue Victoria

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE 4° SIROP;

Indique dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

DRAGÉES DE DUROZIEZ

AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Solution — Poudre titrée — Cachets de

CRÉOSAL DUBOIS

Le **Créosal** est le nom d'une série de préparations titrées à base de **tannate de créosote** (composé nouveau qui renferme 60 % de créosote et 40 % de tannin) dont on a **modifié la saveur et corrigé l'extrême astringence ; bien toléré à doses massives. — Diluer dans l'eau la solution et la poudre.**

DOSES. — **ADULTES** : 4 à 6 cuillerées ou cachets par jour. — **ENFANTS** : 1 cuillerée à café par année d'âge dans une journée.

NOTA. — Le Créosal étant précipité de ses solutions par presque toutes les substances étrangères, on ne doit jamais l'associer *à d'autres* médicaments.

Le Créosal a donné d'excellents résultats dans les

TUBERCULOSES, BRONCHITES, etc.

PARIS, 56, quai Jemmapes et toutes les Pharmacies.

Le Médicament LE PLUS ACTIF contre la

TUBERCULOSE

Bronchites chroniques, Pleurésies, Tuberculoses osseuses, Viscérales, Ganglionnaires, etc., etc., est le

CRÉOSOTAL

DE " HEYDEN " OU CARBONATE DE CRÉOSOTE DE HÊTRE

Il contient 92 0/0 de Créosote et 8 0/0 d'Acide carbonique

Les estomacs les plus délicats le supportent très facilement **pur** aux doses de 1 à 3 ou 4 cuillerées à café par jour.

ON L'EMPLOIE AUSSI EN INJECTIONS HYPODERMIQUES

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES